

AUTORIZZAZIONE ALLA DIVULGAZIONE DI INFORMAZIONI MEDICHE

Io sottoscritto (genitore custode legale tutore)

.....
autorizzo (nome del medico):

.....
a comunicare le informazioni mediche richieste riguardo (nome del bambino):

.....
alla Fondazione Make-A-Wish de Svizzera e Liechtenstein.

.....
Firma del genitore/
custode legale/tutore

.....
Data

N.B.: La richiesta è valida solo se firmata.

Si prega di inviare il modulo di richiesta
al seguente indirizzo:

Make-A-Wish Foundation de Svizzera e Liechtenstein
5, chemin du Canal - 1260 Nyon

La nostra Fondazione esaudisce
desideri più cari dei bambini malati
tra 3 e 17 anni

ISCRIZIONE AL DESIDERIO



Make-A-Wish Foundation de Svizzera e Liechtenstein

5, chemin du Canal - 1260 Nyon

Tel. : +41 (0)22 310 40 12

www.makeawish.ch - info@makeawish.ch



ESPRIMERE UN DESIDERIO!

Fin dalla sua nascita nel 2003 Make - Wish Switzerland, fondazione di pubblica utilità, dona ai bambini gravemente malati e alle loro famiglie momenti preziosi. Offrendo una pausa dalla routine ospedaliera, li aiuta a dimenticare per un poco la loro malattia e a ritrovare l'energia e il coraggio per continuare a lottare.

Make-A-Wish lavora a stretto contatto con medici e personale sanitario in tutta la Svizzera. Dopo aver ricevuto il modulo di iscrizione, contattiamo la famiglia del bambino per spiegare il processo attraverso il quale il desiderio si realizzerà.

La registrazione del bambino può essere fatta sia dai genitori che dal medico curante, dal personale infermieristico, dagli assistenti sociali o dal bambino stesso/a. In ogni caso è richiesta la firma di un genitore /custode legale/tutore.

Non vediamo l'ora di ricevere la registrazione del vostro bambino!

REQUISITI PER BENEFICIARE DI UN DESIDERIO

Io sottoscritto (genitore custode legale tutore)

Cognome e nome:

confermo che il bambino

- ha un'età tra 3 e 17 anni.
- vive o è in cura in Svizzera o in Liechtenstein.
- non ha beneficiato di desideri da altre organizzazioni.
- non è registrato per un desiderio con un'altra organizzazione.
- le informazioni mediche fornite sono corrette.

.....
Firma Data

Make-A-Wish non realizza desideri correlati ad apparecchiature mediche, motoveicoli, donazioni in denaro, armi, animali, così come edificazioni aggiuntive in casa del bambino. La Fondazione non esaudisce inoltre desideri fuori dall'Europa.



REGISTRAZIONE

Informazioni sul bambino

Cognome: Nome:

Femmina Maschio Data di nascita:

Indirizzo:

Codice postale: Città:

Numero di telefono: Cellulare:

E-mail:

Informazioni mediche

Descrizione della malattia del bambino e condizioni attuali:

.....
.....
.....

Nome del medico:

Numero di telefono del medico:

E-mail del medico:

Nome dell'ospedale:

Informazioni sulla persona che registra il bambino

Cognome: Nome:

Relazione col bambino:

Indirizzo:

Codice postale: Città:

Numero di telefono: E-mail:

Come ha conosciuto Make-A-Wish ?

.....
.....